



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**CARRERA DE ODONTOLOGÍA**

**TEMA:**

**“INFLUENCIA DE MODELOS EXITOSOS DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA  
SOBRE SALUD BUCODENTAL EN LA HIGIENE ORAL.”**

**Proyecto de investigación previo a la obtención del título de Odontólogo**

**Autor:** David Staly Hidalgo Riofrío

**Tutor:** Dr. Carlos Alberto Albán Hurtado

**Riobamba-Ecuador**

**2021**

## CERTIFICADO DEL TRIBUNAL

Los miembros del tribunal de revisión del proyecto de investigación: **“INFLUENCIA DE MODELOS EXITOSOS DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA SOBRE SALUD BUCODENTAL EN LA HIGIENE ORAL.”**, presentado por el Señor **David Staly Hidalgo Riofrío** y dirigido por el **Dr. Carlos Alberto Albán Hurtado**, una vez revisado el proyecto de investigación con fines de graduación escrito en el cual se ha constatado el cumplimiento de las observaciones realizadas se procede a la calificación del informe del proyecto de investigación.

Por la constatación de lo expuesto:

**Firma:**

Dr. Carlos Alberto Albán Hurtado



.....

**TUTOR**

Dra. Marlene Mazón Baldeón



.....

**MIEMBRO DEL TRIBUNAL**

Dra. Kathy Llori Otero



.....

**MIEMBRO DEL TRIBUNAL**

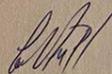
## CERTIFICADO DEL TRIBUNAL

Los miembros del tribunal de revisión del proyecto de investigación: **“INFLUENCIA DE MODELOS EXITOSOS DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA SOBRE SALUD BUCODENTAL EN LA HIGIENE ORAL.”**, presentado por el Señor **David Staly Hidalgo Riofrío** y dirigido por el **Dr. Carlos Alberto Albán Hurtado**, una vez revisado el proyecto de investigación con fines de graduación escrito en el cual se ha constatado el cumplimiento de las observaciones realizadas se procede a la calificación del informe del proyecto de investigación.

Por la constatación de lo expuesto:

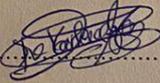
**Firma:**

Dr. Carlos Alberto Albán Hurtado

  
.....

**TUTOR**

Dra. Marlene Mazón Baldeón

  
.....

**MIEMBRO DEL TRIBUNAL**

Dr. Carlos Gafas González

  
.....

**MIEMBRO DEL TRIBUNAL**

## CERTIFICADO DEL TUTOR

El suscrito tutor de la Carrera de Odontología, de la Facultad de Ciencias de la Salud, de la Universidad Nacional de Chimborazo, Dr. Carlos Alberto Albán Hurtado, tutor del proyecto de investigación del título: **“Influencia de modelos exitosos de intervención educativa sobre salud bucodental en la higiene oral.”**, realizado por el Señor David Staly Hidalgo Riofrío, certificado que ha sido planificado y ejecutado bajo mi dirección y supervisión, por tanto, el haber cumplido con los requisitos establecidos por la Unidad de Titulación Especial de la Universidad Nacional de Chimborazo, autorizo su presentación, sustentación y defensa del resultado investigado ante el tribunal designado para talefecto.



.....  
Dr. Carlos Alberto Albán Hurtado

**TUTOR**

## **AUTORÍA**

Yo, David Staly Hidalgo Riofrío, portador de la cédula de ciudadanía número 0503964082, por medio del presente documento declaro ser autora del contenido de este trabajo de tesis, por lo que eximo a la Universidad Nacional de Chimborazo y a sus representantes jurídicos de posibles acciones legales por el mismo. Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Chimborazo, la publicación del presente trabajo en el Repositorio Institucional -Biblioteca Virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.



David Staly Hidalgo Riofrío

**AUTOR**

## **AGRADECIMIENTO**

Agradezco, en primera instancia a nuestro señor celestial, por darme el regalo de la vida y por estar conmigo en cada paso que doy, por bendecirme en todo el trayecto de mi vida estudiantil y personal, culminar mi carrera con éxito y ponerla en práctica en beneficio de la comunidad.

David Staly Hidalgo Riofrío

## **DEDICATORIA**

Con todo mi amor dedico este trabajo a Dios, por haberme colmado de tantas bendiciones y entregarme sabiduría e inteligencia y me ha dado las fuerzas para permitir llegar a este momento tan importante de mi vida, a mis padres que me han dado la vida y a mi tío que me cuida desde el cielo.

David Staly Hidalgo Riofrío

## ÍNDICE DE CONTENIDOS

1. INTRODUCCIÓN .....	1
2. METODOLOGÍA .....	5
2.1 Criterios de inclusión y exclusión .....	5
2.2. Estrategias de búsqueda y selección.....	5
2.3 Tipo de investigación .....	6
2.3.1 Documental .....	6
2.3.2 Correlacional .....	6
2.3.3 Descriptivo .....	6
2.4 Métodos, procedimientos y población.....	6
2.4.1 Métodos.....	6
2.4.2 Procedimiento: .....	6
2.4.3 Población y muestra .....	7
2.4.4 Instrumentos .....	7
2.4.5 Selección de palabras claves y descriptores .....	7
2.4.6 Algoritmo de búsqueda .....	7
3. RESULTADOS.....	9
3.1 Resultados metodológicos.....	9
3.2 Resultados sobre modelos de intervención educativa sobre salud bucodental.....	12
3.3 Aplicación de modelos de intervención educativa .....	15
3.4 Ámbitos de acción de los modelos de intervención de promoción de salud y prevención de enfermedades bucales .....	18
3.5 Aspectos que aseguran el éxito en las intervenciones educativas bucodentales.....	19
3.5.1 Procedimiento a seguirse en intervenciones educativas de salud oral exitosas.....	20
3.5.2 Limitaciones en intervenciones de salud oral.....	22
3.6 Experiencias de programas de intervención odontológica .....	23

4. DISCUSIÓN.....	37
5. PROPUESTA.....	40
6. CONCLUSIONES.....	41
7. REFERENCIAS.....	42

## ÍNDICE DE TABLAS

<b>Tabla 1</b> Tipos de modelos de intervención educativa.....	12
<b>Tabla 2</b> Programas reportados a la Sociedad de Odontopediatría de los países Latinoamericanos existentes en los Sistemas de salud pública .....	24
<b>Tabla 3</b> Programas bucodentales considerados como exitosos en América Latina.....	28
<b>Tabla 4</b> Programas bucodentales mundiales.....	34

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

<b>Gráfico 1</b> Algoritmo de búsqueda .....	8
<b>Gráfico 2</b> ACC AVERAGE COUNT CITATION .....	9
<b>Gráfico 3</b> SJR -factor de impacto .....	9
<b>Gráfico 4</b> Lugar de indexación .....	10
<b>Gráfico 5</b> Años de la publicación .....	10
<b>Gráfico 6</b> Tipo de documentos .....	11
<b>Gráfico 7</b> Países de origen .....	11
<b>Gráfico 8</b> Aspectos de las Intervenciones educativas.....	19
<b>Gráfico 9</b> Proceso para intervenciones exitosas .....	20

## RESUMEN

El estado bucodental es un factor determinante en la salud y calidad de vida, en función de la carga sanitaria que representa y su relación con la presencia de diferentes enfermedades, pues la morbilidad de la salud bucodental se presenta de forma heterogénea en todo el mundo, sobre todo en los países subdesarrollados debido a la falta de programas de salud oral. Por esta razón se desarrolla esta investigación de revisión bibliográfica con el objetivo de analizar la influencia de modelos exitosos de intervención educativa sobre salud bucodental en la higiene oral. La metodología empleada fue documental ya que se realizó una búsqueda en varios motores de búsqueda de prestigio académico como: Google Scholar, Dialnet, Research Gate, PubMed, Medigraphic, Scielo, Science Direct, Springer, Elsevier, Redalyc, Hindawi, publicados en el periodo 2010 a 2020, donde se obtuvo 849 artículos, tras aplicar criterios de inclusión y exclusión se obtuvieron 80 artículos, mismos que fueron analizados de acuerdo al número de citas (ACC) y el impacto de la revista (SJR), quedando un total de 53 artículos con los cuales se ejecutó la investigación. Con el desarrollo de la investigación se pudo concluir que, los modelos exitosos de intervención educativa de salud bucodental influyen en la higiene oral porque las estrategias educativas al proporcionar conocimientos prácticos permiten el desarrollo de aptitudes de autocuidado y cuidado del entorno próximo, con lo que se crean ambientes favorables para la adquisición y promoción de hábitos saludables a nivel bucal.

**Palabras claves:** intervención educativa, modelos de intervención, salud bucodental, higiene oral, promoción de salud.

## ABSTRACT

Oral health is a determining factor in health and quality of life, depending on the health burden, its representation, and its relationship with the different diseases. The burden of oral health morbidity is heterogeneous throughout the world, with the highest-burden in low- and middle-income countries due to inappropriate interventions. That is why the research aimed at analyzing the influence of successful models of educational intervention on oral health on oral hygiene. The methodology used was documentary since a search was carried out in various search engines of academic prestige such as Google scholar, Dialnet, Research gate, PubMed, Medigraphic, Scielo, Science Direct, Springer, Elsevier, Redalyc, Hindawi, published in the period 2010 and 2020. Where 849 obtained articles, after applying inclusion and exclusion criteria, 80 articles, which were analyzed according to the number of citations (ACC) and the impact of the journal (SJR), leaving a total of 53 articles with which the investigation was carried out. With the development of the research, it was possible to conclude those successful models of oral health educational intervention influence oral hygiene. Because educational strategies by providing practical knowledge allow the development of skills for self-care and care of the immediate environment, thereby creating Favorable environments for the acquisition and promotion of healthy habits at the oral level.

**Keywords:** educational intervention, intervention models, oral health, oral hygiene, health promotion.

Reviewed by:  
Mgs. Marcela González Robalino  
**English Professor**  
c.c. 0603017708

## 1. INTRODUCCIÓN

La presente investigación de revisión bibliográfica tiene como fin, analizar la influencia de modelos exitosos de intervención educativa sobre salud bucodental, pues una buena salud oral se traduce en una mejor calidad de vida, ya que los problemas a este nivel pueden desencadenar efectos negativos que no solo afectan la cavidad oral sino a todo el cuerpo humano como: el corazón, la diabetes, el embarazo precoz y la inflamación crónica, como la artritis. Actualmente existen varios modelos educativos los cuales se puede implementar de acuerdo a los grupos etarios.

La salud bucal se ha definido como una parte muy importante dentro de la salud general del individuo, por lo tanto el dolor bucal afectan al desempeño de la persona en su ámbito educativo, laboral, nutricional, rendimiento académico y bienestar psicosocial, por lo que se ha constituido actualmente como un importante problema de salud pública en todos los países del mundo no solamente en Ecuador. (1)

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, (2) de los trastornos de la salud bucodental en el mundo, las caries dentales representan el 94% de las afectaciones en individuos de 9 a 14 años, por lo tanto, las patologías más frecuentes son: caries, periodontopatías, traumatismos, labio leporino, paladar hendido, cáncer bucal y noma, mismos que en su mayoría son prevenibles en gran medida y pueden tratarse en etapas tempranas. Según estimaciones oficiales, cerca de 3500 millones de personas en todo el mundo padecen enfermedades bucodentales, números que se incrementan significativamente en países de ingresos bajos y medios donde debido a las condiciones de vida, la prevalencia de enfermedades bucodentales sigue incrementándose por ausencia de programas de atención de salud oral en la comunidad.

La situación en América latina no es distinta a lo expuesto, pues en la mayoría de los países han propuestos modelos de educación basadas en la promoción y prevención de salud, existe preocupación por la prevención y el control de la salud bucodental en las poblaciones, exigiendo estrategias que cuentan con el apoyo de gobiernos estatales, Ministerio de salud, así como de empresas privadas, no obstante, dichos programas no han dado los resultados esperados porque no existe vigilancia y control adecuado.

En Ecuador, existen modelos educativos pero no han dado resultados eficaces, por lo que existe una prevalencia de enfermedades bucodentales (principalmente la caries) del 31,28% en individuos de 12 a 19 años y del 62,39% en niños. Es por ello que se han

desarrollado programas dentro del “Plan Nacional del Buen Vivir” con apoyo del Ministerio de Salud pública, Instituto Ecuatoriano de seguridad social y empresa privada que buscan vigilar, prevenir y controlar enfermedades bucodentales por ciclos de vida. (3)

El Plan Nacional de salud bucal en Ecuador está basado en principios como: integridad en la atención intersectorial, accesibilidad, equidad, derecho a la salud bucal, continuidad de atención, calidad, simplificación de técnicas y calidez, para garantizar la salud oral de los ecuatorianos, pero se asume que, pese a las bases sólidas de este importante plan, solo la educación a la población permitirá modificar actitudes y hábitos respecto a la salud oral. (4)

Es por ello que los programas de salud bucodental en Ecuador no han tenido gran impacto en la ciudadanía, pues no siempre se trabaja en programas educativos que afiancen hábitos de higiene oral, además no existe una evaluación sobre su implementación, alcance y efectividad a nivel nacional, ni provincial lo que limita significativamente el alcance de estas estrategias (5)

Nuestro modelo está enfocado en la morbilidad más que prevención por lo tanto es necesario implementar un modelo educativo a nivel de escuelas y colegios, ya que en el MAIS solo se abarca una mínima parte pese a ser una propuesta completa de intervención intersectorial entre el Ministerio de Salud Pública y de Educación que tiene como fin reorientar los servicios de salud del enfoque curativo hacia el de promoción y cuidado integral, organizar los servicios del sector público conforme a estándares, organizar el sistema único de información en salud y fortalecer la participación plena de la comunidad (6) (7)

Es así que, debido al vínculo entre las afecciones orales y enfermedades en el cuerpo que cada vez está más documentado y aceptado dentro de la comunidad de atención dental, el papel de los programas de intervención educativa para este fin, son esenciales, es por ello que en la presente investigación, se revisan modelos exitosos de intervención educativa sobre salud bucodental en la higiene oral, que permita ampliar el panorama sobre el tema, describiendo los modelos de acción, ventajas, beneficios alcanzados, así como también, limitaciones, inconvenientes y sostenibilidad de los mismos.

Lo expuesto guarda relación con los modelos exitosos de intervención educativa sobre salud bucodental ya que, al ser el conjunto de acciones coordinadas, complementarias y

efectivas, se materializan mediante los modelos de atención dirigidos a personas, familias y comunidades para la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos. Los modelos de atención en salud son la interacción de la población con los servicios, se implementa mediante prácticas sociales y hace énfasis en la participación de la población como proceso en la generación de salud, son sistemas organizados de prácticas capaces de ser replicados y que cuentan con diferentes grados de consenso social para su implementación (8).

Con lo expuesto es importante analizar la influencia de modelos exitosos de intervención educativa sobre salud bucodental como una herramienta básica de educación integral, debido a la necesidad de llevar el conocimiento a determinados grupos de edad, para que estos eviten problemas de salud oral; la promoción de estilos de vida saludable debe ser algo que se aborde desde las instituciones educativas realizando un trabajo multisectorial y multidisciplinar, sabiendo que los resultados se verán a corto, medio y largo plazo. Educar en salud une dos bases importantes de la vida, la educación por un lado y por otro la salud que juntos logran alcanzar mejores estilos de vida, no es lo mismo una persona educada pero enferma o una persona sana y sin educación en comparación con unas personas educadas que gocen de salud, por tanto, la educación y la salud son dos pilares que van de la mano. (9)

Bajo estos argumentos, la investigación tiene como objetivo principal analizar la influencia de modelos exitosos de intervención educativa sobre salud bucodental, que sirvan para orientar el accionar odontológico hacia una salud bucodental adecuada, porque la promoción de salud bucodental constituye un nudo problemático para la mayoría de sistemas de salud pública, debido al alto índice de enfermedades bucodentales como las caries, enfermedades de encías, periodontopatías, malformaciones y entre otras alteraciones, que se presentan en todas las edades y en las que se requieren permanentes intervenciones de alto impacto.

Además, esta investigación será un referente para el colectivo sanitario donde podrá informarse y tomar acciones firmes para garantizar la salud de la comunidad, pues los efectos adversos del cuidado inadecuado de los dientes, las encías, las mordeduras y las mandíbulas pueden ir más allá de la boca y afectar la salud física y psicológica en general.

Este estudio de revisión bibliográfica se basa en estudios publicados en revistas científicas, que tengan relación directa con modelos de intervención educativa realizados en torno a la salud bucodental e higiene oral, mismos que sirvieron para ampliar el conocimiento existente en torno al tema y así poder dejar una línea base que permita en el futuro plantear proyectos de intervención de gran impacto para la población y de esta manera se mejore la higiene oral que es la piedra angular de la salud en general.

Con la revisión se pudo constatar que existen suficiente información teórico, científica sobre programas de salud bucodental en diferentes grupos de edades o condiciones, lo que demuestra el interés de varios investigadores por mejorar la salud oral de la población en general, sin embargo, durante la última década han sido limitados o de poco impacto sobre todo en el contexto Latinoamericano y nuestro país Ecuador, lo que genera la necesidad de seguir desarrollando muchos más estudios en este campo.

El estudio fue financiado completamente por parte del investigador, lo que lo convierte en factible en el aspecto material y económico, además es viable porque el investigador posee los conocimientos y experiencia odontológica necesaria para poder llevar a término la investigación, dar cumplimiento a los objetivos de estudio y contribuir a bienestar de la población.

**Palabras claves:** intervención educativa, modelos de intervención, salud bucodental, higiene oral, promoción de salud.

## **2. METODOLOGÍA**

Se realizó un estudio descriptivo con enfoque cuali-cuantitativo con el objetivo de principal analizar la influencia de modelos exitosos de intervención educativa sobre salud bucodental tanto en el contexto internacional como nacional.

### **2.1 Criterios de inclusión y exclusión**

#### **2.1.1 Criterios de inclusión**

- Investigaciones relacionadas directamente con modelos exitosos de intervención educativa sobre salud bucodental e higiene oral.
- Investigaciones presentadas en idioma inglés y español
- Investigaciones publicadas en el periodo 2010-2020
- Investigaciones que cumplieron con criterios de calidad científica

#### **2.1.2 Criterios de exclusión**

- Artículos privados
- Artículos de revistas educativas de diversas universidades.
- Artículos en idioma diferentes al inglés y español
- Artículos que no presentaron información relevante

### **2.2. Estrategias de búsqueda y selección**

La búsqueda de información se realizó en cuatro fases:

Identificación: para lo cual se revisaron bases de datos como: Google scholar, Dialnet, Research Gate, PubMed, Medigraphic, Scielo, Science Direct, Springer, Elsevier, Redalyc, Hindawi, búsqueda de arrojó un total de 849 artículos.

Revisión: los 849 artículos fueron filtrados por año, idioma y posteriormente analizados de acuerdo al título y resumen verificando el cumplimiento de los demás criterios de inclusión y exclusión, así como de calidad científica, quedando un total de 80.

Elección: los 80 artículos elegibles fueron analizados en texto completo mediante la lectura crítica para determinar que la información sea apropiada y permita alcanzar el objetivo de estudio, de esta manera se separó los artículos relevantes y no relevantes.

Selección: tras separar la información relevante de la irrelevante y con ayuda del tutor de la investigación se definieron 53 artículos para la realización del estudio.

## **2.3 Tipo de investigación**

### **2.3.1 Documental**

La investigación fue documental, puesto que se basó en la búsqueda, selección y análisis de información científica en diversas fuentes documentales como: Google scholar, Dialnet, Research Gate, PubMed, Medigraphic, Scielo, Science Direct, Springer, Elsevier, Redalyc, Hindawi.

### **2.3.2 Correlacional**

Porque se buscó la relación entre modelos exitosos de intervención educativa sobre salud bucodental y la higiene oral, para determinar el efecto generado.

### **2.3.3 Descriptivo**

Pues en el estudio se detalló, caracterizó, puntualizó, clasificó y comparó modelos exitosos de intervención educativa sobre salud bucodental realizados en diferentes años y localidades para poder analizar su impacto en la higiene oral.

## **2.4 Métodos, procedimientos y población**

### **2.4.1 Métodos:**

**Inductivo-deductivo:** con el que se recopiló información general respecto al tema para plantear conclusiones concretas y específicas.

**Analítico sintético:** con lo que se analizó diversos referentes teóricos sobre modelos de intervención educativa sobre salud bucodental con lo que estableció una relación lógica entre los mismos y que fue la base para explicar y entender el tema.

### **2.4.2 Procedimiento:**

Para la realización del estudio primero se realizó una búsqueda en varias fuentes de búsqueda de prestigio académico como: Google Scholar, Dialnet, Research Gate, PubMed, Medigraphic, Scielo, Science Direct, Springer, Elsevier, Redalyc, Hindawi, publicados en el periodo 2010 a 2020, mismos que fueron escogidos con base en criterios de inclusión y exclusión, al número de citas (AVERAGE COUNT CITATION) y el prestigio de la revista mediante Scinago Journal Ranking, con lo que se pudo distribuir los artículos por cuartiles (Q1, Q2, Q3, Q4), donde el Q1 representó valores más altos y Q4 más bajo que fue calculado mediante el conteo de citas y la cantidad de años de vida del artículo (N°

citas / N<sup>o</sup> años), el presente estudio de revisión bibliográfica se realizó con los artículos científicos que tuvieron más de 1.5 respecto al ACC y que fueron relevantes.

### **2.4.3 Población y muestra**

El presente estudio de revisión quedó conformado por la totalidad de documentos en los que se abordan modelos exitosos de intervención educativa, salud bucodental y la higiene oral divulgados en el periodo 2010-2020 (N=849).

Para la selección de la muestra se siguió el muestreo no probabilístico pues la selección se realizó en base a criterios específicos del investigador, mediante los cuales se escogieron 53 artículos.

### **2.4.4 Instrumentos**

Como instrumento se utilizó una matriz de revisión bibliográfica.

### **2.4.5 Selección de palabras claves y descriptores**

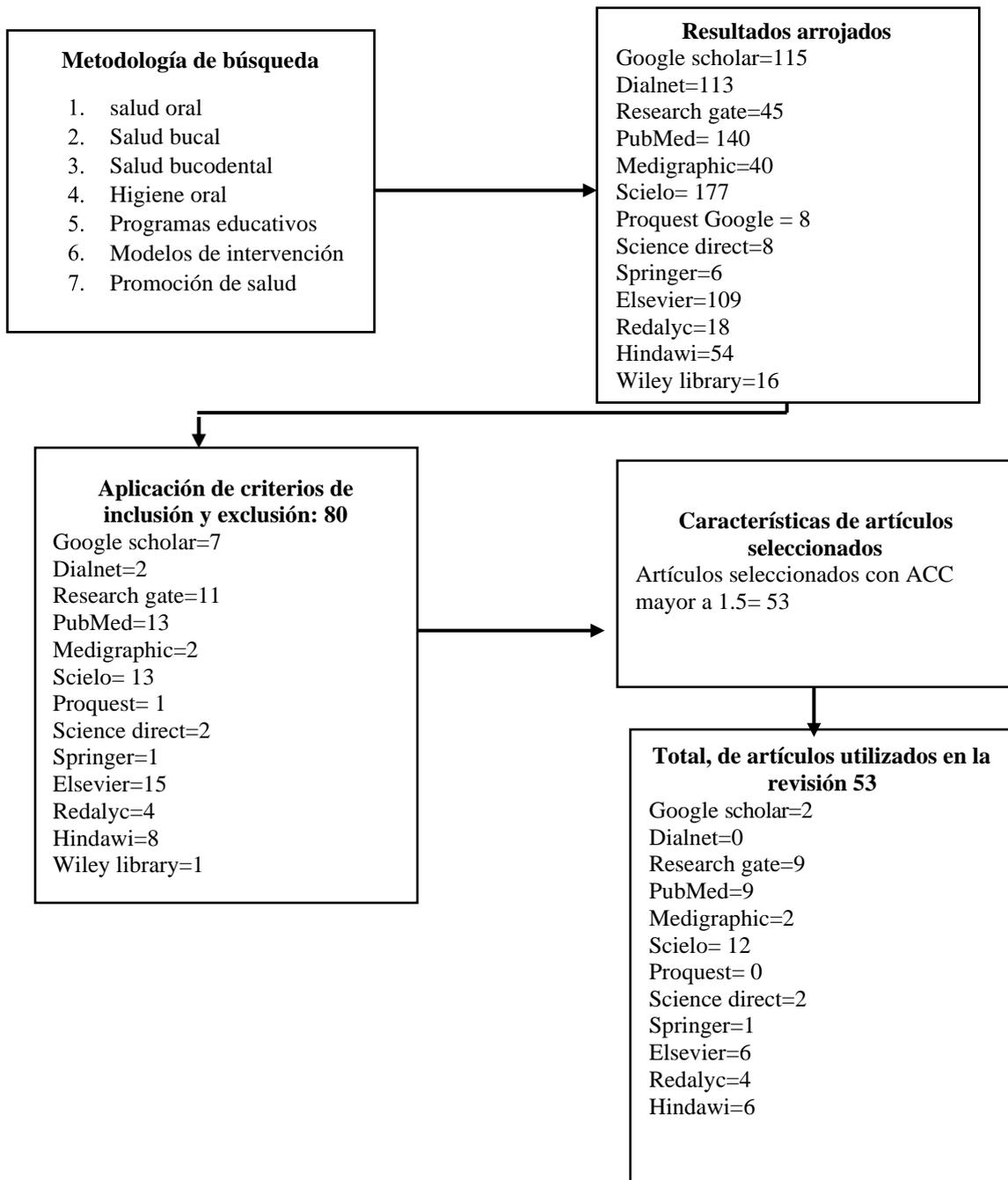
Los descriptores de búsqueda fueron: “salud oral”, “salud bucal”, “salud bucodental”, “higiene oral”, “programas educativos”, “modelos de intervención”, “promoción de salud”.

El operador lógico de búsqueda fue “AND” mismos que fue utilizado en combinación con los descriptores, estos fueron aplicados en idioma inglés y español. De este modo se pudo encontrar y seleccionar artículos válidos para desarrollar el presente estudio.

### **2.4.6 Algoritmo de búsqueda**

La búsqueda de información se realizó en base a 7 palabras claves en 13 bases de búsqueda con lo que se obtuvo un total de 849 artículos, de los cuales 177 fueron de Scielo, 140 de PubMed, 115 de google scholar, 113 Dialnet, 109 Elsevier, 54 de Hindawi, 45 Reserach gate, 40 de Medigraphic, 18 de Redalyc, 16 de Wiley library, 8 de Proquest y science direct y 6 de Springer. Tras la aplicación de criterios de inclusión y exclusión se descartaron 769 artículos quedando un total de 80, de los cuales 15 eran de Elsevier, 13 de Scielo y PubMed, 11 de Research gate, 8 de Hindawi, 4 de Redalyc, 2 de Dialnet y 1 de Proquest, Springer y Wiley Library. Posteriormente se descartaron 27 artículos por ser irrelevantes para la investigación quedándose un total de 53.

**Gráfico 1** Algoritmo de búsqueda

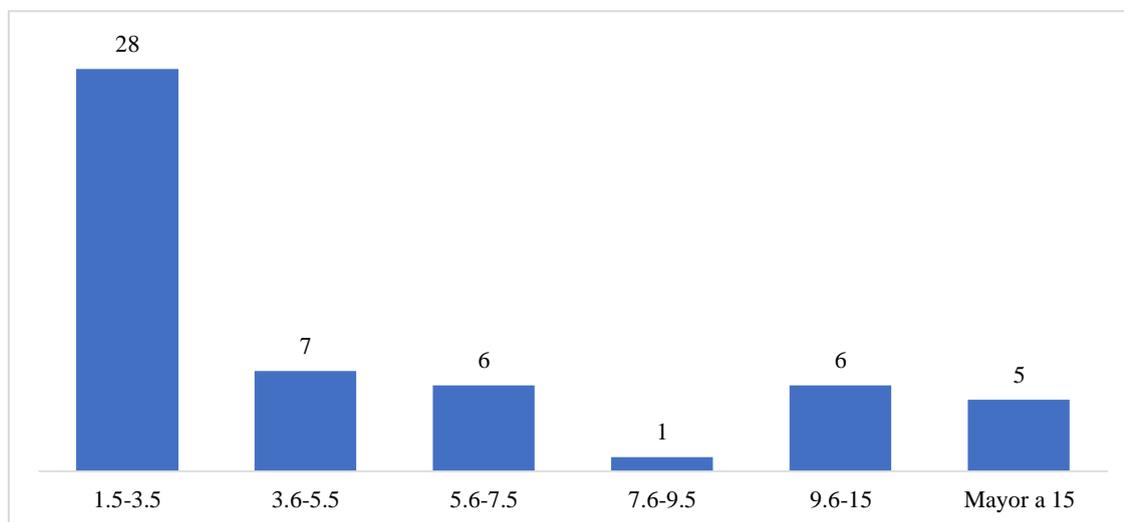


**Elaborado por:** David Staly Hidalgo Riofrío

### 3. RESULTADOS

#### 3.1 Resultados metodológicos

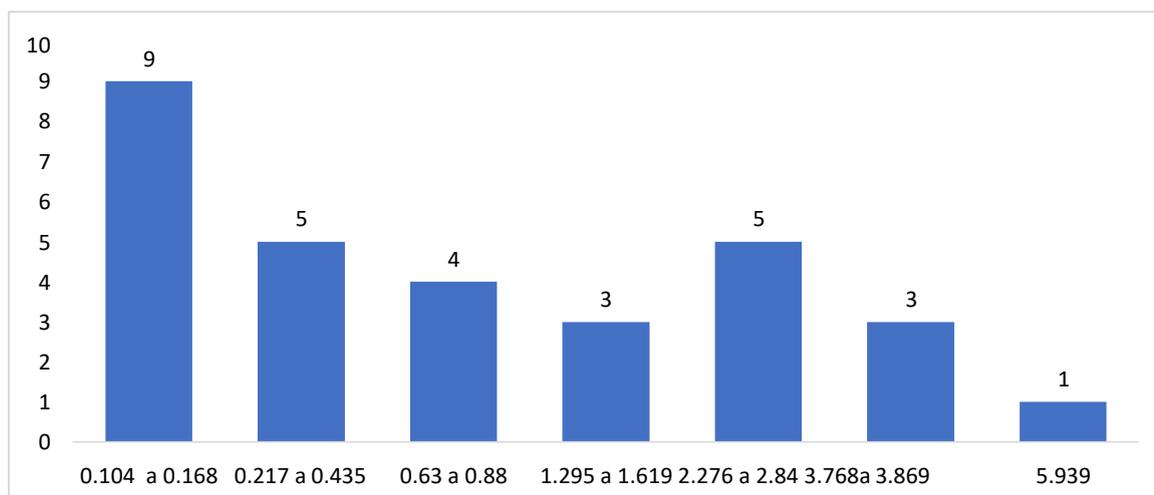
**Gráfico 2 ACC AVERAGE COUNT CITATION**



**Elaborado por:** David Staly Hidalgo Riofrío

El promedio de conteo considerado como válido en los artículos que constan en la revisión fue de 1.5; de ahí que 28 artículos tuvieron un ACC, de entre 1.5 y 3.5, 7 tuvieron un ACC de entre 3.6 y 5.5. Con un ACC entre 5.6 a 7.5. se encontraron 6 artículos, un número semejante de artículos tuvieron un ACC de 9.6 a 15, 1 artículo obtuvo un ACC de 7.6-9-5 y tan sólo 5 artículos tuvieron un ACC mayor a 15. En esta revisión se tuvo como base un ACC de 1.5 y máximo de 29.5.

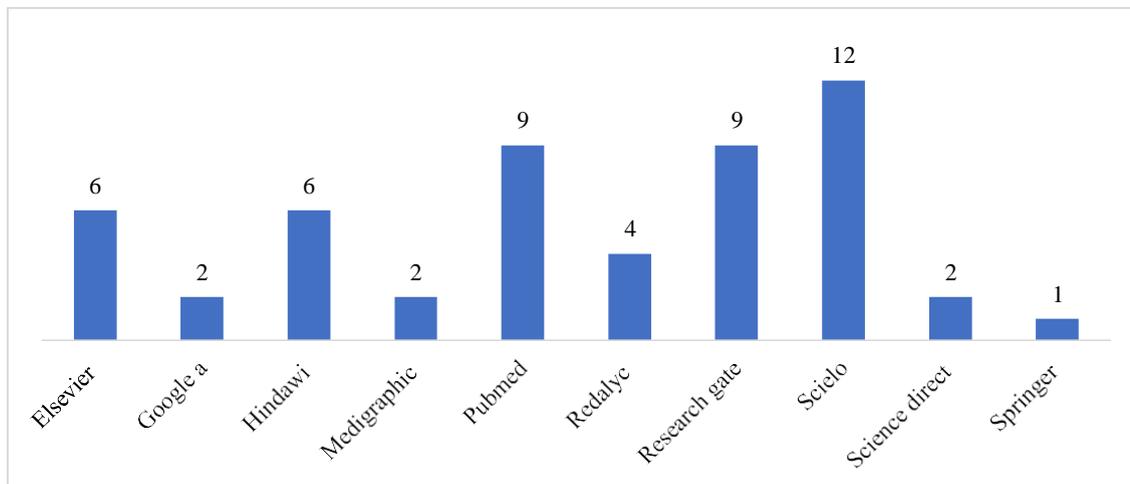
**Gráfico 3 SJR -factor de impacto**



**Elaborado por:** David Staly Hidalgo Riofrío

En la presente revisión, 30 artículos tuvieron un SJR de entre 0,104 y 2,812, pero 32 fuentes no tuvieron factor de impacto. De los 30 artículos con SJR; en 9 fue de 0.104- 0.168, en 5 fue de 0.217 a 0.435, 4 artículos tuvieron un SJR de 0.63 a 0.88, en 5 artículos fue de 2.276 a 2.84, en 3 artículos fue de 1.295 a 1.619. También se encontró que 3 artículos tuvieron un SJR de 3.768 a 3.869 y tan solo uno tuvo un SJR de 5.939. (de este no hay grafico)

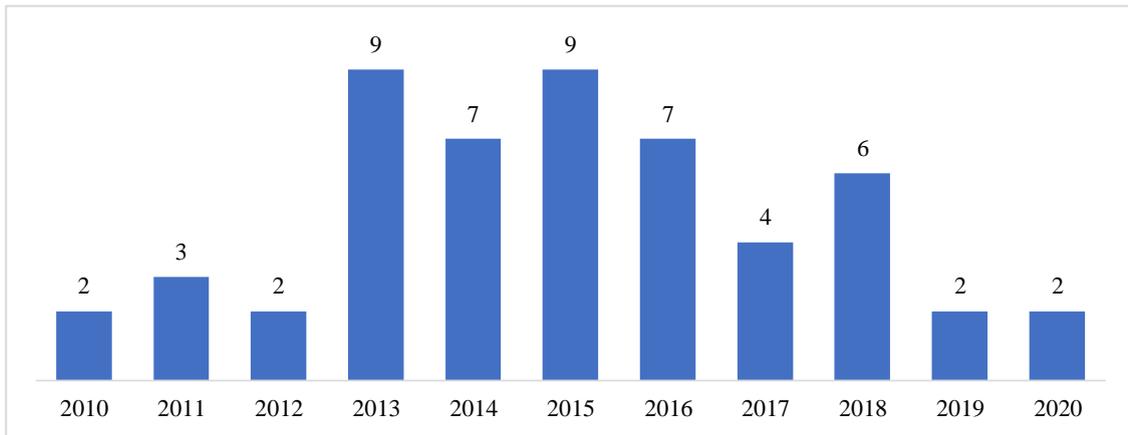
**Gráfico 4** Lugar de indexación



**Elaborado por:** David Staly Hidalgo Riofrío

De los 53 artículos que formaron parte de la revisión bibliográfica, 12 de ellos procedieron de la base Scielo, 9 artículos de las bases Pub Med, al igual que 9 de Research Gate, 6 de la base Elsevier al igual que de Hindawi, 4 artículos procedieron de Redalyc, 2 de Medigraphic, 2 de Science direct, 2 de Google académico y 1 de Springer. Por lo tanto, la mayoría de los artículos procedieron de Scielo, Pub Med y Research Gate.

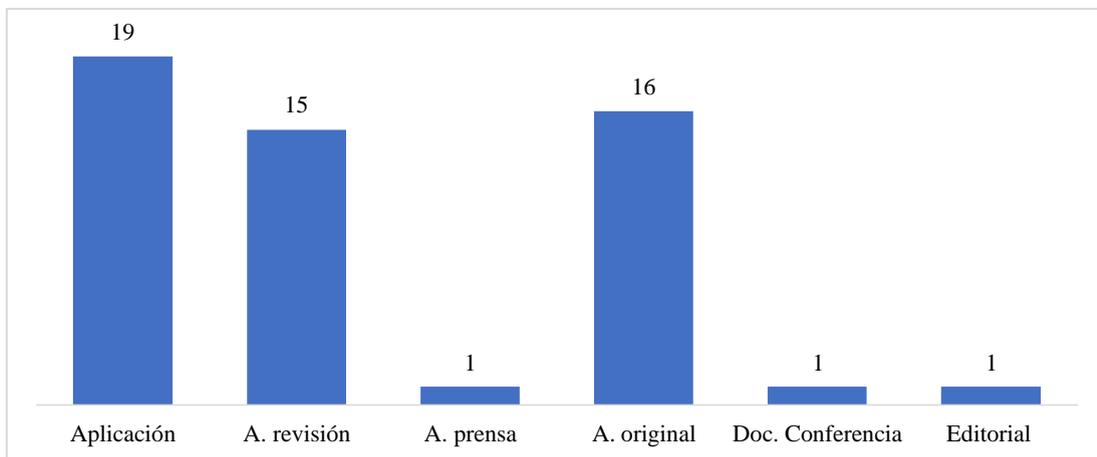
**Gráfico 5** Años de la publicación



**Elaborado por:** David Staly Hidalgo Riofrío

Respecto a los años de publicación, 9 fueron del año 2013 al igual que 9 de 2015, 7 artículos correspondieron al año 2014 y 2016, 6 fueron del 2018, 4 de 2017, 3 de 2011 y 2 de 2010, 2012, 2019 y 2020. Con lo que se puede afirmar que la mayoría de las publicaciones correspondieron a los últimos cinco años.

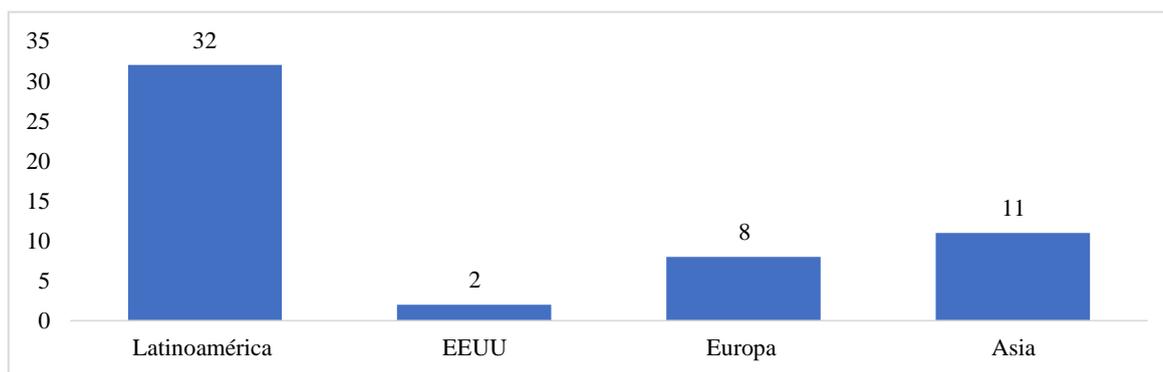
**Gráfico 6** Tipo de documentos



**Elaborado por:** David Staly Hidalgo Riofrío

La mayoría de los artículos correspondieron a investigaciones de tipo aplicadas, 16 fueron artículos originales, 15 artículos de revisión bibliográfica, 1 de prensa, 1 documento de conferencia y 1 de Editorial.

**Gráfico 7** Países de origen



**Elaborado por:** David Staly Hidalgo Riofrío

La mayoría de los documentos de la revisión tuvieron origen latinoamericano (32), 11 fueron asiáticos, 8 europeos y 2 americanos.

### 3.2 Resultados sobre modelos de intervención educativa sobre salud bucodental

De acuerdo a la revisión bibliográfica, los modelos de intervención educativa más sobresalientes son:

**Tabla 1** Tipos de modelos de intervención educativa

Tipo	Subtipo	Características
Educativo	Terapéutico	Plantado en función de la prevención terciaria e incluye la sensibilización, concientización, aprendizaje del autocuidado y apoyo psicosocial. (10)
	Actitudinal	Incluye sentimientos, estados emocionales y de ánimo para suscitar cambios de actitud en la persona, sus creencias, experiencias, entorno en que se desarrolla (escuela, hogar) (11)
	Didáctico	Basado en el uso de recursos físicos, audiovisuales y sensitivos para llegar a diferentes audiencias (11)
	Pedagógico	Parte del análisis de las causas y condiciones sociales, económicas e

		históricas para favorecer a poblaciones menos favorecidas mediante la instrucción (10)
	Participativo centrado en el desarrollo humano	Pretende fomentar una revolución en el interior de la persona para construir protagonismo. (10)
	Afectivo-participativo TAP	Utilizados para que las personas participen o para animar, desinhibir e integrar, hacer más sencillos o comprensibles los temas con el fin de fortalecer la organización de la población. (10)
Comunicativo		Incluye la combinación estratégica de la comunicación interpersonal, comunicación masiva, medios impresos y modalidades audiovisuales para promover la salud oral. (10)
Informativo		Incluye la transmisión de contenidos generales y técnicos, hechos y temas para concientizar a los decisores, docentes y población en general. (10)

**Elaborado por:** David Staly Hidalgo Riofrío

Una vez expuestos los modelos de intervención educativa, es menester aclarar que la mayoría de los que fueron revisados en la presente investigación se encasillan dentro de los educativos de tipo didáctico y terapéutico, enfocado principalmente en la promoción y prevención, así como en la curación de enfermedades sobre todo de poblaciones infantiles.

En la revisión bibliográfica también se destacan algunos modelos de intervención educativa en salud oral que se han considerado exitosos por su impacto, novedad y resultados, entre los cuales se pueden mencionar:

### **Europa**

En Europa y en especial en España desde los años 90 se mantiene el modelo bucal de tipo educativo-terapéutico “PADI” es aplicado hoy en día por ocho comunidades autónomas en

España: Andalucía, Aragón, Baleares, Canarias, Extremadura, Murcia, Navarra y País Vasco. Se enfoca a la población infantil y se trata de atención a demanda pero en la que cada unidad asistencial pública o privada puede gestionar la revisión anual de los niños y adolescentes para asegurar una atención preventiva de las enfermedades lo cual se ha convertido en un servicio obligatorio y es efectivo porque abarca casi todo tipo de asistencia odontológica e incluso los servicios odontológicos se trasladan a las instituciones (12)

### **Asia**

En Asia, los modelos de intervención en salud oral son los educativos y terapéuticos, dentro de los cuales sobresale uno a nivel escolar denominado “SOHP” que también ha sido adoptado por Estados Unidos, consiste en proporcionar educación, prevención y tratamiento en salud bucodental a casi 280.000 niños de escuelas públicas. Los servicios se prestan a través de un sistema de clínicas y equipos móviles que se trasladan a las escuelas con lo que se reduce la necesidad de que los niños vayan a las clínicas. Los procedimientos preventivos realizados bajo este programa son la aplicación semestral de barniz de flúor y la colocación de selladores de fosas y fisuras en los molares y premolares permanentes recién erupcionados. (13)

### **África**

En África (Irán) uno de los modelos considerados como exitoso es el educativo-didáctico “ALBANIAN'S HEALTH PROMOTING SCHOOLS MODEL” aplicado en las escuelas primarias, que incluye a alumnos, maestros y padres y enfatiza las buenas relaciones y una adecuada colaboración entre los mismos. Los métodos utilizados para en los alumnos son los medios audiovisuales como: vídeos, concursos de salud y teatro, en los padres las reuniones y grupos pequeños de trabajo y maestros los cursos formativos y seminarios, mismos que trabajan de manera conjunta y articulada y que ha logrado una reducción notable de las enfermedades bucodentales como la caries. (14)

### **Estados Unidos**

Estados Unidos de América, ha adoptado el modelo de intervención educativo-didáctico mediante su integración en el programa internacional “ADOPCIÓN DE LA GARANTÍA UNIVERSAL DE SALUD”, con lo que ha podido ampliar la utilización de los servicios de salud oral pues incluye servicios preventivos y de recuperación gratuitos para la población

asegurada, con lo que se ha podido ver resultados significativos en la prevención de enfermedades bucodentales al basarse principalmente en la enseñanza de hábitos saludables y monitoreo del estado bucal (15)

### **América Latina**

En América Latina sobresale el programa de salud oral “BUEN COMIENZO- FANTASÍAS DE LAS AMÉRICAS” enmarcado dentro del modelo educativo actitudinal y didáctico en el que agentes educativas mediante un acompañamiento de 8 horas al día enseñan a familias con niños de 2 a 5 años de edad sobre el cepillado de dientes, importancia de la preservación de la primera dentición y cuidado general de la cavidad bucal, motivando a adquirir responsabilidades de autocuidado (16)

### **Ecuador**

En el país el modelo de intervención educativa en salud bucodental es el MAIS (Modelo de Atención Integral de salud) prioriza la protección de la salud de la población estudiantil considerando a la atención odontológica como eje fundamental en el cuidado de la salud para lo cual se realizan actividades como: levantamiento del odontograma, detección temprana de malos hábitos bucales y registro del índice de dientes cariados, perdidos y obturados, así como el seguimiento a los casos de niños con índices más altos de prevalencia de caries, detección de placa bacteriana, profilaxis, aplicación de flúor y sellantes, prevención de enfermedades bucodentales a nivel masivo, grupal e individual a través del mejoramiento de hábitos higiénico-alimentarios, eliminación de hábitos nocivos y a la conservación de piezas dentales sanas (17).

En base a lo expuesto, sugiero que en nuestro país se mejore y amplíe el MAIS porque este es compatible con los modelos de intervención educativa y terapéutica de salud oral que se promueven y consideran exitosos en el resto de continentes pero donde se ha podido ver mejores resultados debido a la articulación con el sector privado para la consecución de recursos y el trabajo conjunto con las familias, la comunidad, las unidades educativas y los organismos de salud pública nacionales e internacionales.

### **3.3 Aplicación de modelos de intervención educativa**

Los modelos de intervención educativa en salud bucodental corresponden a la forma en que los componentes del sistema de servicios de salud son organizados con el objeto de contribuir a su función colectiva. Estos modelos se componen de estrategias desarrolladas en diferentes países del mundo en el sector salud en los cuales se busca brindar atención médica abarcando todos los aspectos y medios posibles del servicio a la comunidad, dando especial atención a los más vulnerables y llegando hasta los lugares más remotos o lejanos del territorio nacional, cada uno lo hace conforme a los recursos disponibles y a las políticas particulares de su país, todos estos modelos varían según los sistemas de salud ya establecidos y las directrices que establece el ministerio de salud. (8)

- **Modelo de intervención educativa durante la gestación**

Es esencial mantener la salud oral de la gestante durante el embarazo. Ya que la salud oral de la madre repercute tanto en ella como en el bebé. Distintos estudios han demostrado que la madre es la principal fuente de contagio de caries a sus hijos en más del 70% de los casos, consecuencia de gestos tan comunes como probar la comida del bebé con la misma cuchara. Se ha evidenciado que las enfermedades bucales guardan relación con el nivel educativo y los hábitos de la población. La intervención educativa de la salud bucal durante el embarazo es una medida esencial para mejorar la calidad de vida de la embarazada y de su hijo. (18)

- **Modelo de intervención educativa en el hogar**

La familia constituye el espacio por excelencia para el desarrollo de la identidad humana y es el primer grupo de socialización del individuo. En ella la persona adquiere sus primeras experiencias, hábitos, valores y concepciones del mundo, incluyendo la salud. (19) El conocimiento de los padres de familia sobre salud bucal influye en el estado de salud bucal de sus hijos, siendo ellos los principales responsables de su cuidado. (20)

- **Modelo de intervención en edad escolar**

Teniendo que a la edad aproximada de los 6 años se produce el cambio de la dentición temporal a la permanente, es fundamental que desde la infancia los niños comiencen a adquirir hábitos de higiene que les permitan mantener una correcta salud bucal. La escuela ofrece a la educación para la salud la oportunidad de formar a personas que, utilizando el saber aprendido, podrán construir de manera conjunta unas condiciones de vida adecuadas,

que permitirán el óptimo desarrollo y mantenimiento de la salud. Esto es posible ya que la escuela es considerada la institución a la que se le confía la sociabilización de la población, tiene a la población durante la edad evolutiva que es la edad idónea para introducir nuevos hábitos y estilos de vida y, finalmente, es una institución que reúne a los alumnos, padres, al personal docente y no docente, pudiendo así, trabajar de manera cooperativa entre todos miembros de la sociedad. (21)

#### - **Modelo de intervención educativa en adultos mayores**

El envejecer es un proceso dinámico, gradual, natural e inevitable. Sin embargo, este proceso ocasiona que la mayoría de las personas de la tercera edad pierdan un grado importante de sus capacidades físicas, mentales, cognitivas y psíquicas lo que dificulta la enseñanza y mantenimiento de la salud y funcionalidad de la cavidad bucal, esto en el anciano repercute de manera significativa en su calidad de vida. Por ello en la mayoría de países el desarrollo de iniciativas en el campo de la educación y la prevención en salud bucal son esenciales, acentuando las acciones dirigidas hacia la atención integral del anciano, destacando la dimensión social de las enfermedades y el papel del Estado como proveedor de la salud y de la calidad de la vida de todos los ciudadanos. (22)

Desde el punto de vista práctico, los modelos de intervención pedagógica pueden utilizarse de acuerdo a la edad y condición de la persona, pues en edades tempranas (menores a 5 años) la intervención se basa en el juego o demostraciones (modelo didáctico, actitudinal), en edades escolares se utilizan los educativos apoyados de estrategias didácticas. Los adolescentes requieren un modelo educativo alejado del modelo escolar formal y que responda a sus necesidades tales como el actitudinal, afectivo o participativo. El adulto requiere métodos que le ayuden a identificar su problema y buscar alternativas de solución (modelo terapéutico, comunicativo, participativo, informativo) y en el caso del adulto mayor se requieren mensajes muy prácticos (modelo terapéutico, actitudinal). (10)

Es importante tomar en cuenta que, no existe un modelo mejor que otro o exclusivo para cada grupo etario, pues todos presentan ventajas y desventajas, razón por la cual se debe considerar aspectos como: objetivos del modelo, grupo etario, número de participantes, capacidad intelectual, habilidad práctica, actitudes y entre otros aspectos. (10)(23)

### **3.4 Ámbitos de acción de los modelos de intervención de promoción de salud y prevención de enfermedades bucales**

**Atención primaria de salud APS-MAIS:** se considera a la atención en salud basada en métodos prácticos, científicamente respaldados y socialmente aceptados que estará al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad (7). La APS en la práctica, garantiza la atención para satisfacer las necesidades de salud en el ámbito familiar, comunitario e intercultural.

**Prevención:** medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida (24). Incluye el conjunto de actuaciones que se realizan por profesionales y técnicos y por la propia población para evitar a instalación de un proceso de enfermedad en los individuos o grupos o durante las diferentes etapas de la misma con el fin de limitar las complicaciones y secuelas, por lo cual incluye en etapas iniciales, el diagnóstico y tratamiento precoz. (10)

**Promoción:** denominada por algunos autores como prevención primaria, se refiere al conjunto de acciones y decisiones que toma una persona para mantener y mejorar su estado de salud, prevenir, diagnosticar y atenuar el impacto negativo de la enfermedad (24). La promoción es fundamental en la salud al promover autocuidado por cuanto abarca acciones saludables o para decidir sobre la adopción de medidas que contribuyan a prevenir enfermedades así como sus complicaciones. (10)

La promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma (24). Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones de satisfacer sus necesidades de cambiar y adaptarse al medio ambiente. La salud se percibe, pues, no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana. Se trata, de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales así como las actitudes físicas.

**Educación:** es una parte clave de la promoción de la salud como estrategia para el desarrollo de hábitos en relación con la salud personal. Es una estrategia de promoción de

salud que se constituye como una forma de enseñanza que pretende conducir al individuo y a la colectividad a un proceso de cambio de actitud y de conducta que parte de la detección de sus necesidades y que intenta redundar en el mejoramiento de las condiciones de la salud de la persona y comunidad. La educación es la encargada de promover, organizar y orientar los procesos educativos tendientes a influir en los conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas con la salud. (10)

### 3.5 Aspectos que aseguran el éxito en las intervenciones educativas bucodentales

Las intervenciones en salud oral se relacionan directamente con:

**Gráfico 8** Aspectos de las Intervenciones educativas



**Fuente:** Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y adolescencia (16)

Las intervenciones en salud oral dependen de varios factores, como la oportunidad de servicio, promoción de salud, prevención de enfermedades prevalentes, motivación y hábitos de salud oral, que de no ser abarcados totalmente pueden desencadenar deficiencias que desencadenan la pérdida de continuidad de tratamientos, regularidad de consultas y

evaluaciones, conllevando a que las patologías se agraven y se produzcan mayores costes para el sistema de salud público.

Por ello, para que las intervenciones educativas en el área de salud bucodental sean exitosas se requiere que los sistemas y servicios de salud promuevan la salud en general y la salud oral en conjunto, para lo cual es necesario la introducción de al menos tres nuevos modelos o paradigmas:

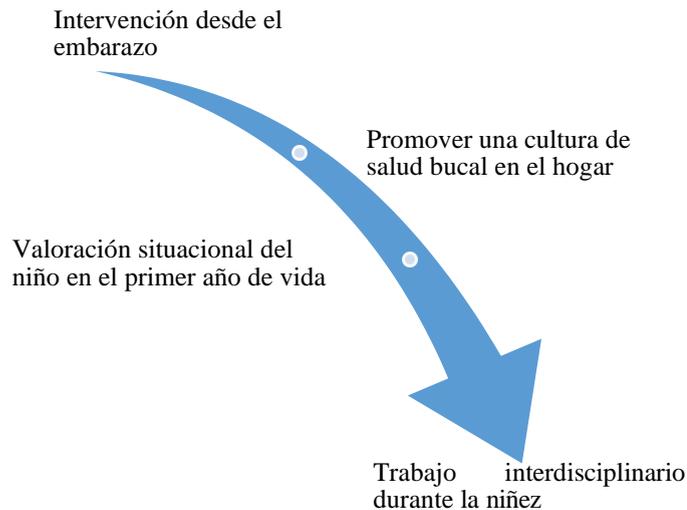
- **Primero:** el trabajo interdisciplinar y la cooperación entre diversos sectores como la educación, trabajo, comercio, agricultura, alimentación, cultura, recreación y deporte, compartiendo esfuerzos, estrategias y recursos para el cuidado, promoción, educación y la atención en salud.
- **Segundo:** conformación y participación de los Odontólogos en los equipos básicos de salud donde se haga equipo con otros profesionales, donde se pueda aportar y compartir conocimientos y aunar esfuerzos para promover la salud oral y general de la población con especial énfasis en grupos vulnerables.
- **Tercero:** Cambio de los modelos de atención, donde se pase de un modelo curativo, que es cuestionado actualmente debido por no responder a las necesidades de la población a un modelo integrador centrado en la promoción de salud, donde se ejecuten intervenciones comunitarias, en la atención primaria de la salud y en la adopción de estilos de vida saludables para la reducción tanto de la exposición como del riesgo. (25) (26)

Por lo tanto, las principales enfermedades orales pueden disminuirse significativamente si se articulan los esfuerzos de gobiernos, sistemas de salud, profesionales odontológicos y comunidades, porque con la opinión y el trabajo mancomunado se podrá dar soluciones a los problemas pasando de un enfoque curativo a uno de promoción de salud oral y general.

### **3.5.1 Procedimiento a seguirse en intervenciones educativas de salud oral exitosas**

El éxito de las intervenciones educativas de salud bucodental es mayor cuando se sigue con la siguiente secuencia:

#### **Gráfico 9** Proceso para intervenciones exitosas



**Fuente:** Catalá, et al., (27)

Como se puede apreciar en el gráfico, la prevención primaria debe centrarse desde la concepción de la persona, porque esto garantiza que el éxito de cualquier intervención sea mayor, por ello es aconsejable trabajar desde el embarazo motivando a la mujer gestante a cuidar su propia boca para proteger a su bebé de la colonización de bacterias cariogénicas, con esto se puede controlar los principales predisponentes a presentar enfermedades bucales durante la primera infancia. Posteriormente, se debe promover una cultura de salud oral en el hogar para asegurar cuidados apropiados y constantes desde los primeros meses de vida, en los cuales debe incluirse la alimentación e higiene. También es apropiado que se realicen valoraciones para determinar la situación oral del niño durante el primer año de vida. Pero para un mejor seguimiento, es necesario que, durante toda la niñez, los profesionales de la salud trabajen interdisciplinariamente. (27) (28)

Cabe señalar entonces que, los programas de intervención exitosos deben brindar información sobre el cuidado de la salud bucal a las madres durante el embarazo, para incrementar sus conocimientos sobre el cuidado gestacional, sus implicaciones generales y bucales, y para prevenir problemas que puedan ocurrir tanto en las propias madres como en sus hijos. Además, cuando las mujeres embarazadas reciben información, se convierte en promotora de salud en la familia, así como en agente multiplicador de la educación en salud bucal. (29) (26)

### 3.5.2 Limitaciones en intervenciones de salud oral

Los modelos exitosos de salud oral en muchas ocasiones no logran impactar significativamente en las enfermedades prevalentes, en las personas y poblaciones, debido a varias limitaciones:

1. Atención centrada en el paciente, en el consultorio, en acciones de tipo curativo y limitadas al daño específico.
2. Los servicios de salud oral no priorizan la atención de la población sana y cuando se hace, solo se provee servicios de protección específica, como el uso de flúor o sellantes y no se promueve globalmente la salud oral en la comunidad.
3. Servicios Odontológicos limitados, pues solo se ofrecen en centros de salud, hospitales o unidades de salud grande e intermedia que dependen de gran manera del desarrollo del país y existe muy poca cobertura en sectores menos favorecidos socialmente o de áreas rurales donde mayores problemas existen.
4. Los profesionales que atienden las necesidades orales de la población se han formado específicamente para atender la enfermedad individual y no para promover la salud colectiva.
5. Se requiere que haya mayor trabajo intersectorial y que los sectores se articulen para formar verdaderas comunidades de salud. (25)

Otro de estos factores, es la actitud negativa del paciente hacia la odontología y los procedimientos dentales, pues se ha descubierto que el dolor dental conlleva a la ansiedad que es la principal causa de evitación de los procedimientos dentales y, por lo tanto, debe introducirse la intervención de programas de control del miedo y la ansiedad dentales para asegurar el éxito de cualquier tipo de programa educativo. (30)

A más de los factores expuestos, Simin et al., (31) exponen que otra de las limitaciones en este campo es la falta de integración de la promoción de la salud bucal en los programas preventivos existentes para grupos desfavorecidos que son manejados a través de la red pública de salud, pues según varios estudios, la falta de comunicación sobre aspectos relacionados con la salud bucal entre los médicos en varios países como Canadá, Irán, Italia, Arabia Saudita y Estados Unidos es la causa de que muchas enfermedades bucodentales no se solucionen oportunamente.

Sin embargo, existen otros factores que también interfieren en el éxito de programas educativos de salud oral y que deben ser contemplados por su importancia, estos son:

- Factores culturales
- Lugar de vivienda
- Factores socioeconómicos
- Distancia de los centros de salud
- Disposición y distribución de profesionales odontológicos en una determina área geográfica.
- Presencia o no de programas sociales que inciten el uso de servicios de salud. (32)

Este aspecto es apoyado por Hernández, et al (15), quienes expresan que, la utilización de los servicios de salud aún se distribuye a favor de las poblaciones más ricas cuando se analiza por grupo de edad, área de residencia y región natural, por lo tanto, los factores socioeconómicos se reconocen como importantes limitantes del acceso, participación y continuidad de la población en los programas de intervención.

### **3.6 Experiencias de programas de intervención odontológica**

La salud bucodental es un factor determinante para la buena salud y una óptima calidad de vida, en función de la carga sanitaria que representa y su relación con la presencia de diferentes enfermedades, pues la morbilidad de la salud bucodental se presenta de forma heterogénea en todo el mundo, siendo mucho más alta en los países de ingresos bajos y medianos debido a las intervenciones inadecuadas a base de flúor y al escaso acceso a los servicios de atención primaria de la salud bucal. (15)

Los programas de intervención en salud oral son procedimientos planificados que previenen la aparición de enfermedades entre los diferentes grupos de personas. Es así que, existen muchos enfoques diferentes para prevenir enfermedades dentales y el método más rentable es educación para la salud que se refiere a cualquier combinación de aprendizaje y experiencias diseñadas para facilitar acciones voluntarias que propicien la salud. (33)

Estas acciones o comportamientos pueden ser emitidas por parte de personas, familias, instituciones o comunidades. Por tanto, el alcance de la educación sanitaria puede incluir intervenciones educativas para niños, padres, formuladores de políticas o proveedores de atención médica. (33)

En este marco se han desarrollado varios programas que han tenido gran impacto en la salud oral de la población, entre ellos se destacan:

**Tabla 2** Programas reportados a la Sociedad de Odontopediatría de los países Latinoamericanos existentes en los Sistemas de salud pública.

<b>Autor</b>	<b>Año</b>	<b>Nombre del programa</b>	<b>Características Generales</b>	<b>Descripción de la intervención educativa</b>
Perú  Ailín Cabrerá	2014	Actividades preventivas y promocionales	Fluorización de la sal (200 ppmF)  Xilitol en la leche	Programa de prevención de caries en niños escolares de 4 a 8 años que implicó la aplicación de estrategias públicas de tipo actitudinal, preventiva y promocional, además de fluorización de la sal, donde la normativa indica un contenido de 200 ppm, con la cual se están desarrollando varios ensayos. (34) (35)
México  Refugio López	2014	Sistema de vigilancia en patologías bucales SIVEAV  Programa de salud oral de preescolares y escolares	Sistema de reportes actualizados  Semanas de salud oral  Programas de bienes y servicios	Sistemas que proporcionan información importante acerca de la tendencia de la salud bucal para la realización de campañas preventivas basadas en la alimentación, agua, manejo del flúor, sistemas de comercialización de

				productos. (34) (36)
Chile  Sonia Echeverría	2014	Estrategia nacional de salud  Más sonrisas en Chile  Sembrado sonrisas	Prevención y reducción de morbilidad bucal, disminución de caries, establecimiento de educación municipal.	Priorización de atención odontológica en edades de mayor riesgo como niños de 2 a 12, mujeres embarazadas, adulto mayor, urgencias odontológicas, patologías con fisura labio palatina, con el objetivo estratégico de prevenir y reducir la morbilidad bucal de mayor prevalencia en menores de 20 años y grupos de riesgo, teniendo como meta el aumentar en un 35% la prevalencia de libres de caries e incrementar el promedio de dientes afectados. (34)(36)
Paraguay  Guadalupe Mongelos	2014	Programa nacional Salvemos al primer molar  Bus odontológico  Volver a sonreír	Actividades de promoción oral y prevención de enfermedades  Clínicas móviles  Programas de tratamiento quirúrgico	Programas dirigidos a reducir las caries, extracciones molares. Realización de procedimientos odontológicos y asistencia general para mejorar la salud bucal. (34) (35)

		Paraguay sonríe  Mil niños libres de caries	gratuitos  Programa de rehabilitación mediante prótesis  Programa aplicado a nivel escolar	
Brasil  Saul Martins	2014	SBBrazil  Brasil sonriente	Base de registro para vigilancia de salud bucal  Acciones para ampliar el acceso a la atención odontológica gratuita	Los programas se enfocan en la reorganización de la atención básica en la salud bucal, principalmente con la implantación de los centros de especialidades Odontológicas y laboratorios regionales de prótesis dentales. (34)
Venezuela  Elena Guerra	2014	Prevención de la caries en la dentición según el diagnóstico materno e infantes latinoamericanos	Programa de estrategias preventivas	Programa realizado en convenio con misiones cubanas y el gobierno con el objetivo de determinar la influencia de la frecuencia de aplicación de barniz fluorado en la prevención de lesiones de

				caries dental. (34)
Ecuador Adriana Amado	2014	Plan Nacional de Buen vivir  Atención por ciclos de vida  Lonchera saludable	Intervención del Ministerio de salud, Instituto de seguridad social  Basa en la vigilancia, prevención y control de enfermedades  Programa de control alimentario	Programa cuyo objetivo es el levantamiento del perfil epidemiológico de la población. También se promueven esquemas de atención por ciclos de vida basados en la vigilancia, prevención y control de enfermedades correspondientes a grupos de gestantes, niños de 0 a 5 años, escolares de 6 a 14 años, embarazadas y adultos mayores. (34)(36)
Cuba	2014	Programa Nacional de salud bucal	Promoción de salud en preescolares y escolares	Se realizan intervenciones adecuadas para asegurar la salud bucodental mediante actividades preventivas, pero además se brinda atención primaria estomatológica con enfoque de riesgo con lo cual se logra la identificación y el control de los riesgos para frenar las

				principales afecciones bucales. (35)
--	--	--	--	--------------------------------------

**Elaborado por:** David Staly Hidalgo Riofrío

También existen programas de salud bucodental que se han reconocido como exitosos en América Latina, estos se aprecian en la siguiente tabla:

**Tabla 3** Programas bucodentales considerados como exitosos en América Latina

<b>País</b>	<b>Año</b>	<b>Nombre del programa</b>	<b>Características Generales</b>	<b>Descripción de la intervención educativa</b>
Perú	2014	JUNTOS	Programa basado en mejorar el uso de servicios de salud en el territorio	Programa bajo la modalidad de transferencia condicionada que, si bien se inició en zonas andinas con altos porcentajes de pobreza, brindando un incentivo monetario sobre la base de asistencia a programas de salud, nutrición y educación en salud, se ha expandido fácilmente en casi todo el territorio rural peruano debido a su efectividad. (32) (37)
Colombia	2015	BUEN COMIENZO-FANTASÍAS DE	Programa educativo dirigido a grupos vulnerables	Programa enfocado a la enseñanza de hábitos saludables como el cepillado de dientes a través del acompañamiento de agentes educativas, quienes

		LAS AMÉRICAS		cumplen con el papel del cuidado de la salud y del componente bucal en los niños y niñas permaneciendo aproximadamente 8 horas al día con varias familias, a quienes se les imparten conocimientos sobre cuidado y preservación de la primera dentición, además de consejos de cómo mantener una salud bucal adecuada. (16)
Perú China EEUU Chile	2004-2019	ADOPCIÓN DE LA GARANTÍA UNIVERSAL DE SALUD	Incluye servicios preventivos y de recuperación relacionados con la salud dental en población asegurada.	Con la aplicación de este programa se encontró un aumento en la utilización de los servicios de salud dental, un aumento en la cobertura de la población asegurada, con lo que se ha podido ver resultados significativos en la prevención de enfermedades bucodentales al basarse principalmente en la enseñanza de hábitos saludables a nivel oral. (15)
Venezuela	2020	QUIERO SONREÍR	Aplicado con el objetivo de desarrollar en el niño conocimientos, habilidades y hábitos para proteger la salud bucal	Intervención realizada mediante un programa educativo que logró cambios significativos en los modos de actuar y pensar de los niños, en relación con la salud bucal al basarse en el desarrollo de hábitos de higiene y aprendizajes sobre la salud bucal

				en general. (38)
México	2018	PROGRAMA DE SALUD BUCAL EN ESCUELAS PRIMARIAS	Intervención comunitaria en dos escuelas primarias públicas	El programa es efectivo, ya que la población intervenida presentó mejores condiciones de salud bucal a nivel clínico mediante intervenciones educativas basadas en la enseñanza de técnicas de cepillado, implementos de higiene bucal, hábitos que ocasionan alteraciones bucales, importancia de conservar los dientes en la cavidad oral en buenas condiciones, consecuencias de la placa bacteriana. (35)
Perú	2012	PROGRAMA DE SALUD BUCAL ESCOLAR	Aplicación de sesiones educativas a grupo de escolares	Programa que dio buenos resultados en cuanto a higiene oral, lo que demostró la importancia e influencia positiva de las actividades preventivas promocionales en adolescentes como: técnicas expositivas y prácticas supervisadas sobre las estructuras de la cavidad oral, enfermedades orales, prevención en salud oral, alimentación, farmacodependencia, promoción de autocuidado y medidas preventivas, todo ello aplicando tecnologías

				de la información y comunicación. (39)
Cuba	2010	BELLA SONRISA	Aplicación de programa educativo para población escolar	Se asume que los programas de acción educativa son eficaces, pues tras la aplicación de siete meses de técnicas educativas, afectivas y participativas se logró mejorar la salud bucal de los estudiantes. (40)
Cuba	2015	UNIDOS POR LA SALUD	Programa educativo aplicado al adulto mayor en el Club del Adulto Mayor	Programa basado en la enseñanza de dieta no cariogénica, higiene oral y atención estomatológica, que logró cambios positivos en cuanto al conocimiento sobre la salud bucodental en casi la totalidad de los ancianos. (41)
Venezuela	2010	PROGRAMA EDUCATIVO PARA GESTANTES	Programa educativo sobre salud bucal aplicado a un grupo de 93 gestantes.	Programa informativo sobre salud bucal en el que se abordó temas con la información sobre entidades patológicas, prevención y control de factores de riesgo de las mismas, este permitió incrementar el nivel de conocimiento sobre la salud bucal de la embarazada con lo cual se logró elevar su calidad de vida. (42)
Cuba	2011	ESTRATEGIA	Programa aplicado a mujeres	Programa educativo dirigido a la información sobre

		EDUCATIVA EN SALUD BUCAL	embarazadas cuya intervención fue de tipo comunitaria	salud bucal a mujeres embarazadas que desprendió buenos resultados de higiene oral. (43)
Brasil	2010	PROGRAMA DE PROMOCIÓN DE SALUD	Programa aplicado a 3 guarderías durante 12 meses	Programa exitoso en la promoción de salud oral que se basó en la impartición de conferencias educativas a niños y padres o tutores. Incluyó temas relacionados con la importancia de la salud bucal, la etiología y la prevención de caries dental. El material educativo incluyó carteles, folletos, cintas de vídeo, dibujos para colorear, macro modelos y álbumes con ilustraciones. También se incluyen técnicas clínicas como el cepillado de dientes y la aplicación de gel fluoruro tópico. (44)
Chile	2017	PROGRAMA DE CUIDADO DOMICILIARIO	Programa universitario enfocado a mejorar la higiene oral en el adulto mayor	Programa de cuidado domiciliario que brinda atención médica a las personas dependientes y apoyo al cuidador, en términos de un estipendio mensual, además de capacitación sobre higiene oral. (45)
Chile	2020	SALUD ORAL Y CALIDAD DE	Intervención de salud oral para modificar la calidad de	Programa que incluyó el análisis de resultados clínicos y percepciones de pacientes relacionados con

		VIDA	vida en mujeres vulnerables	cambios físicos, psicológicos y sociales que logró un impacto positivo en la calidad de vida de mujeres al contribuir con una mejor salud oral, fortalecer su autoestima y relaciones sociales lo que a su vez también repercutió en la empleabilidad. (46)
--	--	------	-----------------------------	---

**Elaborado por:** David Staly Hidalgo Riofrío

Fuera del contexto de América Latina, también se han encontrado otros modelos, estos se aprecian en la siguiente tabla:

**Tabla 4** Programas bucodentales mundiales

País	Año	Nombre del programa	Características Generales	Descripción de la intervención educativa
Irán	2016	ALBANIAN'S HEALTH PROMOTING SCHOOLS MODEL  HPSM	Modelo aplicado exitosamente en el campo de la educación sanitaria para las escuelas primarias.	Este modelo consta de tres ramas básicas, incluidos los alumnos, maestros y padres y enfatiza las buenas relaciones y una adecuada colaboración entre estas ramas. Los métodos educativos para la formación de alumnos (por ejemplo, vídeos, concursos de salud y teatro), padres (por ejemplo, reuniones y grupos pequeños) y maestros de escuela (por ejemplo, cursos formativos y seminarios) fue conjunta y articulada. (14)
India	2016	PROGRAMA DE SALUD BUCAL ESCOLAR	Programa de educación En salud bucal en la escuela en salud bucal de escolares de 12 y 15 años (276 participantes).	Programa que arrojó buenos resultados para mejorar la higiene bucal y la salud gingival en la población escolar al intensificar esfuerzos entre el personal escolar, los padres y los profesionales de la salud que incluyó educación sobre higiene bucal con demostraciones del método de cepillado, enfermedades bucales comunes mediante el uso de

				material didáctico, además de promoverse diariamente el cepillado con una frecuencia de dos veces. (47)
EEUU	2017	PROGRAMA DENTAL MASSACHUSETTS	Programa escolar enfocado a población de alto riesgo	Programa que resultó efectivo pese a aplicarse en comunidades donde los servicios dentales son limitados, debido a la aplicación de evaluaciones dentales frecuentes, derivaciones y programas escolares de servicio completo (exámenes, educación, práctica) lo que conllevó a una demanda más baja de tratamientos graves. (48)
KUWAIT	2014	PROGRAMA DE SALUD BUCAL ESCOLAR SOHP	Programa de alianza conjunta entre el Ministerio de Salud de Kuwait y el Instituto Forsyth de Cambridge, Massachusetts, EE. UU.	Este programa proporciona educación, prevención y tratamiento en salud bucodental a casi 280.000 niños de escuelas públicas en Kuwait. Los servicios se prestan a través de un sistema de clínicas y equipos móviles preventivos en el centro y la escuela. Uno de los desarrollos recientes es el uso eficaz de unidades dentales portátiles para brindar atención preventiva a los niños en las escuelas sin la necesidad de que los niños vayan a las clínicas

				dentales. Los procedimientos preventivos realizados bajo este programa son la aplicación semestral de barniz de flúor y la colocación de selladores de fosas y fisuras en los molares y premolares permanentes recién erupcionados. (13)
ESPAÑA	2019	PADI	Modelo que ha contribuido a reducir la carga de enfermedad en la infancia	Este modelo se caracteriza por financiación pública, concertación con el sector privado para la provisión de servicios, libre elección. Se trata de una atención a demanda pero en la que cada unidad asistencial, pública o privada, puede gestionar la revisión anual de los niños y adolescentes para asegurar una atención preventiva de las enfermedades. (12)

**Elaborado por:** David Staly Hidalgo Riofrío

#### 4. DISCUSIÓN

Del estudio de Devadas et al., (33) se obtuvo como resultado de su investigación existen diferentes formas de promover la salud oral, pero el método más rentable y que mejores resultados ha desprendido ha sido la intervención educativa, ya que se combina aprendizaje y experiencias para facilitar acciones voluntarias que propicien la salud bucodental. Para ello Cisneros, et al., (11) describen a la intervención educativa en salud oral como la encargada de promover, organizar y orientar los procesos educativos tendientes a influir en los conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas con la salud bucodental de la persona y la comunidad.

En Perú en el año 2014, para promover la salud oral, se han desarrollado varias intervenciones educativas que por su impacto se han considerado como exitosas, una de ellas es la iniciativa “Juntos” (32) bajo la modalidad de transferencia condicionada que, si bien se inició en zonas andinas con altos porcentajes de pobreza, brinda un incentivo monetario sobre la base de asistencia a programas de salud, nutrición y educación en salud, lo que ha arrojado buenos resultados y se ha expandido fácilmente en casi todo el territorio rural peruano.

En Colombia también se desarrolló otra experiencia exitosa en la salud bucodental ha sido “Buen comienzo -fantasía de las Américas” en 2015, donde enseñan hábitos de higiene como el cepillado de dientes a través del acompañamiento de agentes educativas, quienes cumplen con el papel del cuidado de la salud y del componente bucal en los niños y niñas permaneciendo aproximadamente 8 horas al día con varias familias, a quienes se les imparten conocimientos sobre cuidado y preservación de la primera dentición, además de consejos de cómo mantener una salud bucal adecuada. (16)

Venezuela también ha tenido éxito en higiene oral a través de intervenciones educativas, entre ellas “Quiero sonreír” que es un programa educativo que ha logrado cambios significativos en los modos de actuar y pensar de los niños, con relación a la salud bucal al basarse en el desarrollo de hábitos de higiene y aprendizajes sobre la salud con base en la práctica, es decir brindando intervenciones donde los participantes repiten o ponen en práctica lo aprendido para poder replicarlo en sus hogares. (38)

Si bien los programas antes expuesto se han desarrollado con éxito en localidades específicas, también existen programas como “Adopción de la garantía universal de salud” que se trata de una red que surgió desde 2004 y que países como Perú, China, EEUU, Chile

la han adoptado para aumentar la utilización de los servicios de salud dental en la población asegurada, con lo que se ha podido ver resultados significativos en la prevención de enfermedades bucodentales al basarse principalmente en la enseñanza de hábitos saludables a nivel oral. (15)

Por lo expuesto, se puede decir que se han desarrollado buenos programas educativos sobre salud bucodental que han repercutido positivamente en la higiene oral de la población, al basarse en incentivos, prácticas, demostraciones y ampliación de los servicios dentales.

Debido a la diversidad de condiciones y grupos de personas demandantes de atención odontológica, también se han desarrollado varios programas educativos dirigidos a grupos específicos como “Bella sonrisa” (40) que fue una iniciativa cubana dirigida a escolares, “Unidos por la salud” (41) desarrollado en 2015 para adultos mayores, “Programas educativos gestacionales” (42) (43) para mujeres embarazadas o “Cuidado domiciliario” (45) enfocado a la salud oral en personas dependientes de familiares o cuidadores, todos ellos realizados con base a intervenciones educativas donde se instruyó sobre hábitos de higiene oral como el cepillado dental, uso de pasta dental fluorada, concientización sobre alimentación saludable, la importancia de preservar piezas dentales en buen estado, promoción de autocuidado y medidas preventivas para evitar el apareamiento de enfermedades dentales y sistémicas.

Se debe considerar que para que las intervenciones educativas logren los resultados esperados independientemente de la entidad responsable de su diseño y ejecución o del grupo al que se dirija deben abordar a la persona integralmente, pues como lo exponen Catalá, et al., (27) y Cooper, et al., (28) las intervenciones deben realizarse desde la concepción, porque esto garantiza que el éxito de cualquier intervención sea mayor, por ello es aconsejable trabajar desde el embarazo motivando a la mujer gestante a cuidar su propia boca para proteger a su bebé de la colonización de bacterias cariogénicas, con esto se puede controlar enfermedades bucales durante la primera infancia. Posteriormente, se debe promover una cultura de salud oral en el hogar para asegurar cuidados apropiados y constantes desde los primeros meses de vida, en los cuales debe incluirse la alimentación e higiene, también es apropiado que se realicen valoraciones para determinar la situación oral durante la niñez y adolescencia porque de su estado dependerá la vida futura.

Al contrarrestar la información obtenida se evidencia que la mayoría de los estudios señalan que los dos Modelos de intervención Educativa exitosos en salud bucodental son:

primero la que se da en gestantes porque esta es la primera etapa de los primeros mil días del ser humano, una etapa fundamental para el adecuado desarrollo de la persona. Debido a la relación que hay entre la salud oral y salud general se debe realizar una intervención rápida y eficaz en los tratamientos y métodos de prevención de las distintas enfermedades orales (49); y segundo aquella que se da en la educación parvularia, ya que es un predictor de éxito en los diferentes niveles educacionales y del buen estado de salud en las distintas etapas de la vida. El jardín infantil y posteriormente la escuela, en los niveles de transición, ya que son lugares donde el niño aprende jugando y desarrolla muchas habilidades, entre las cuales, el aprendizaje sobre el cuidado de su cuerpo, lo preparan para una mejor calidad de vida. Por ello el personal docente de los establecimientos educativos, con la participación activa de las familias, pueden lograr que niños y niñas descubran la importancia de desarrollar un estilo de vida saludable, a través de experiencias significativas donde éstos sean protagonistas de sus aprendizajes para el autocuidado, a través de la selección de alimentos saludables, práctica de cepillado dental y consumo de agua potable fluorurada, entre otros. En este sentido, el trabajo conjunto de la comunidad educativa del establecimiento con el personal de salud, permitirá compartir saberes y metodologías educativas, para instalar prácticas saludables en los niños, niñas y su familia (23).

## 5. PROPUESTA

La propuesta del presente estudio es dotar al colectivo odontológico de conocimientos en torno a los programas de intervención educativa sobre salud bucal que se consideran exitosos por los resultados que han desprendido en la población pues de esta manera podrán diseñar, desarrollar y aplicar estrategias sólidas que permitan obtener resultados positivos respecto a la salud pública odontológica. Por ello, antes de implementar cualquier tipo de intervención educativa se recomienda considerar los siguientes puntos:

1. Seleccionar grupos focales demandantes de atención odontológica
2. Buscar, seleccionar o diseñar estrategias de alto impacto que permitan crear conciencia, conocimientos y desarrollar aptitudes personales de cuidado bucal.
3. Reorganizar los servicios odontológicos dejando de lado modelos curativos y adoptando esquemas preventivos.
4. Reforzar la acción comunitaria.
5. Buscar mecanismos de incentivo a través del sector público y privado para propiciar demanda y seguimiento de salud bucal.
6. Aplicar modelos educativos de salud oral integrales donde se aborde a la persona desde su concepción mediante el cuidado y seguimiento de la mujer gestante, posteriormente durante la lactancia, ablactación, en los años escolares y adolescencia porque de esto dependerá la salud bucal en los años venideros.

Es importante acotar, que tras la búsqueda bibliográfica se encontraron varios programas de intervención de alto impacto, pero ninguno de ellos fue ecuatoriano, lo que deja entrever la necesidad de fomentar y desarrollar líneas de investigaciones que permitan desarrollar intervenciones exitosas en favor de la población ecuatoriana.

## 6. CONCLUSIONES

- Alrededor del mundo, se han desarrollado varios modelos exitosos de intervención educativa sobre salud bucodental, mismos que se han enfocado a grupos considerados como vulnerables, la mayoría se dirigen a grupos escolares porque la infancia constituye dentro del desarrollo del ser humano la etapa más importante y determinante donde se aprenden hábitos de vida saludables, también existen programas dirigidos a la mujer gestante, al adulto mayor y a personas con discapacidades, pero muy pocos que abordan a la persona durante la adultez sin que existan enfermedades bucodentales específicas de por medio.
- La higiene oral se refiere a la práctica de mantener la boca, los dientes y las encías limpios y saludables para prevenir enfermedades y es relevante en el apareamiento de enfermedades bucodentales, ya que cuando no se realiza adecuadamente, se da una mayor acumulación de placa dentobacteriana, lo cual reduce el coeficiente de difusión de los ácidos formados por los microorganismos fermentadores, facilita el proceso de desmineralización y se eleva el riesgo de padecer patologías en la cavidad oral.
- Los modelos exitosos de intervención educativa sobre salud bucodental influyen sobre la higiene oral porque las estrategias educativas aplicadas en los diversos grupos humanos al proporcionar conocimientos prácticos propician el desarrollo de aptitudes de autocuidado y cuidado del entorno próximo, con lo que se crean ambientes favorables para la adquisición y promoción de hábitos saludables a nivel bucal.

## 7. REFERENCIAS

1. Yap A. Oral Health Equals Total Health: A Brief Review. Journal of Dentistry Indonesia. 2017 August ; 24(2).
2. Organización Mundial de la Salud. Salud bucodental. [Online].; 2020 [cited 2020 Julio 24. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/oral-health>.
3. Paiva S. Epidemiología de la caries dental en america latina. Revista de Odontopediatría latinoamericana. 2014; 4(2).
4. Cabeza G, González F, Paredes C. Estado de salud oral en el Ecuador. Revista OACTIVA UC Cuenca. 2016; 1(3).
5. Masson M, Simancas D, Viteri A. Salud oral en el Ecuador. Perspectiva desde la salud pública y la bioética. Revista Práctica familiar. 2019 Noviembre ; 4(3).
6. Ministerio de Salud Pública. Manual del modelo de atención integral de salud-MAIS. [Online].; 2012 [cited 2021 Marzo 29. Available from: [http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/documentos/guia/Manual\\_MAIS-MSP12.12.12.pdf](http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/documentos/guia/Manual_MAIS-MSP12.12.12.pdf).
7. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Atención Integral en salud en Contextos educativos. Plataforma Gubernamental de Desarrollo Social. Quito.; 2018.
8. Pinzon Falla LV. MODELOS DE ATENCIÓN EN SALUD BUCAL PARA LA PRIMERA INFANCIA: REVISIÓN TEMÁTICA. [Online].; 2019 [cited 2021 03 16. Available from: [https://repositorio.unbosque.edu.co/bitstream/handle/20.500.12495/2477/Pinzon\\_Falla\\_Laura\\_Vanessa\\_2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.unbosque.edu.co/bitstream/handle/20.500.12495/2477/Pinzon_Falla_Laura_Vanessa_2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y).
9. Bertel Bellido LL. IMPACTO DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD BUCAL EN NIÑOS DE QUINTO DE PRIMARIA DE UNA INSTITUCIÓN EDUCATIVA EN LA CIUDAD DE SINCELEJO. [Online].; 2018 [cited 2021 03 16. Available from:

[https://repository.ucc.edu.co/bitstream/20.500.12494/7800/1/2018\\_impacto\\_educacion\\_salud.pdf](https://repository.ucc.edu.co/bitstream/20.500.12494/7800/1/2018_impacto_educacion_salud.pdf).

10. Sosa M. Promoción de salud bucodental y prevención de enfermedades. Galerías, Escuela Nacional de Salud Pública de Cuba; 2016.
11. Cisneros G, Hernández Y. La educación para la salud bucal en edades tempranas de la vida. MEDISAN. 2011; 15(10).
12. Cortés M. El sistema PADI. Estudio de las comunidades autónomas que proveen atención dental con este modelo en España. Revista del Ilustre Consejo General de Colegios de Odontólogos y Estomatólogos de España. 2018;(25).
13. Ariga J, Sabiha A, Huda N. School Oral Health Program in Kuwait. J Med Princ Pract. 2014; 14(23).
14. Shirzad M, Hossein M, Dehdari M, Abolghasemi J. Oral health education program among pre-school children: an application of health-promoting schools approach. Health Promotion Perspectives. 2016; 6(3).
15. Hernández A, Bendezu G, Azañedo D, Santero M. Use of oral health care services in Peru: trends of socio-economic inequalities before and after the implementation of Universal Health Assurance. BMC Oral Health. 2019; 19(39).
16. González C, Cano M, Meneses E, Vivares A. Percepciones en salud bucal de los niños y niñas. Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y adolescencia. 2015; 13(2).
17. Parise J, Zambrano P, Viteri A, Armas A. Estado de la salud bucal en el Ecuador. Ontol. Sanmarquina. 2020; 23(3).
18. Puga Guil PM, Gálvez Estévez , Sanz Ceballos. Efectividad de una charla educativa sobre salud oral y embarazo en una población de embarazadas del área metropolitana de Granada. [Online].; 2016 [cited 2021 03 16. Available from: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/salud-oral-y-embarazo/#:~:text=Se%20ha%20evidenciado%20que%20las,embarazada%20y%20de%20su%20hijo.>

19. Herrera López IB. Salud bucal y funcionamiento familiar en personas del municipio Plaza de la Revolución de La Habana, Cuba. Univ Odontol. 2018 jul-dic.
20. Narváez Chávez AM, Tello. Asociación entre el conocimiento de los padres sobre salud bucal y uso de técnicas educativas con relación a la presencia de biofilm y caries en infantes. Revista “ODONTOLOGÍA”. 2017 Enero – Julio; 19(1).
21. Pardo Navarro. PROYECTO DE SALUD BUCODENTAL EN LA EDUCACIÓN INFANTIL. [Online].; 2015 [cited 2021 03 16. Available from: [http://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/162127/TFG\\_2015\\_pardoM.pdf?sequence=1](http://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/162127/TFG_2015_pardoM.pdf?sequence=1).
22. Reyes Obediente FM, Espeso Nápoles , Hernández Suárez. Intervención educativa sobre salud bucal para la tercera edad en Centros Comunitarios de Salud Mental. [Online].; 2009 [cited 2021 03 16. Available from: [http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:I7hF8FjtTW4J:scielo.sld.cu/scielo.php%3Fscript%3Dsci\\_arttext%26pid%3DS1025-02552009000500004+&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=ec](http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:I7hF8FjtTW4J:scielo.sld.cu/scielo.php%3Fscript%3Dsci_arttext%26pid%3DS1025-02552009000500004+&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=ec).
23. Mesa Nacional Intersectorial de Salud Bucal. MODELO DE INTERVENCIÓN DE PROMOCIÓN DE SALUD Y PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES BUCALES. [Online].; 2018 [cited 2021 03 16. Available from: [https://diprece.minsal.cl/wrdprss\\_minsal/wp-content/uploads/2018/05/OT-Modelo-en-Educaci%C3%B3n-Parvularia-dirigido-a-equipos-de-salud-y-educaci%C3%B3n-2018.pdf](https://diprece.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2018/05/OT-Modelo-en-Educaci%C3%B3n-Parvularia-dirigido-a-equipos-de-salud-y-educaci%C3%B3n-2018.pdf).
24. Castillo A, Torres R, Icaza C, Salas A, Alvarado M. Promoción, prevención y educación para la salud. Costa Rica:, Editorial Nacional de Salud y Seguridad Social; 2013.
25. Contreras A. La promoción de la salud general y la salud oral: una estrategia conjunta. Revista Clínica de Periodoncia, Implantología y Rehabilitación Oral. 2016; 9(2).
26. Montenegro G. La educación como determinante de la salud oral. Unidad Odontológica. 2013; 39(69).

27. Catalá M, Cortés O. La caries dental: una enfermedad que se puede prevenir. *Anales de Pediatría Continuada*. 2014 Mayo; 12(3).
28. Cooper A, O'Malley L, Elison S, Armstrong R, Burnside G, Adair P, et al. Primary school-based behavioural interventions for preventing caries. *Cochrane*. 2013;(52).
29. Alves A, Rank R, Vilela J, Rank M, Ogawa W, Molina O. Efficacy of a public promotion program on children's oral health. *Jornal de Pediatría*. 2018; 49(5).
30. Hakim H, Razak A. Dental Fear among Medical and Dental Undergraduates. *The scientific world Journal*. 2014.
31. Simin Z, Sepideh R, Reza Y, Pentti N, Jorma V. Evaluation of an educational intervention in oral health for primary care physicians: a cluster randomized controlled study. *BMC Oral Health*. 2018;(218).
32. Hernández A, Azañedo D, Díaz D, Bendejú G, Arroyo H, Vilcarromero S, et al. Acceso a servicios de salud dental en menores de doce años en Perú, 2014. *Salud colectiva*. 2014; 12(3).
33. Devadas P, Harikiran A. Effectiveness of oral health education programs: A systematic review. *Journal of International Society of Preventive and Community Dentistry*. 2018; 3(2).
34. Paiva S. Epidemiología de la caries dental en América Latina. *Relatorios de la mesa de representantes de sociedades de Odontopediatría de los países Latinoamericanos*. 2014 Julio; 4(2).
35. Cruz R, Saucedo G, Ponce E, González A. Aplicación de un programa preventivo de salud bucal en escuelas primarias mexicanas. *Revista Cubana de Estomatología*. 2018; 55(2).
36. Seiffert A, Atala C, Ormeño A, Martínez M, Coello A. Dental caries prevention in children and adolescents: a systematic quality assessment of clinical practice guidelines. *Clinical Oral Investigations*. 2018.
37. Espinoza E, Pachas F. Programas preventivos promocionales de salud bucal en el

- Perú. Revista Estomatológica Herediana. 2013; 23(2).
38. Soto A, Sexto N, Gontán N. Intervención educativa en salud bucal en niños y maestros. Medisur. 2014; 12(1).
  39. Rufasto K, Saavedra Á. Aplicación de un programa educativo en salud oral en adolescentes de una institución. Revista Estomatológica Herediana. 2012; 22(2).
  40. Crespo M, Riesgo Y, Laffita Y, Rodríguez A, Copello A. Instrucción educativa sobre salud bucal en la Escuela Primaria "Lidia Doce Sánchez". MEDISAN. 2010; 14(2).
  41. Martínez M, Santos M, Ayala Y, Ramos I. Intervención educativa sobre salud bucal en el Club de Adulto Mayor Unidos por la Salud. Correo Científico Médico de Holguín. 2015; 20(4).
  42. Yero I, García M, Nazco L. Programa educativo sobre conocimiento de salud bucal en las embarazadas. 2012. Gaceta Médica Espirituana. 2013; 15(1).
  43. Dobarganes A, A , Lima M, López N, Pérez R. Intervención educativa en salud bucal para gestantes. Revista Archivo Médico de Camagüey. 2011; 15(3).
  44. Ganínio M, Araújo M, Correia J, Vasconcelos L, Vasconcelos L. Evaluation of an oral health program for. Revista odontológica ciências. 2010; 25(4).
  45. Garrido C, Romo F, Araya F, Muñoz D, Espinoza I. Cuidado bucal en mayores dependientes de un programa de cuidados domiciliarios. Revista Clínica de Periodoncia, Implantología y Rehabilitación Oral. 2016; 9(2).
  46. Mantero D, Moya P, Vidal C. Intervención en salud oral para modificar la calidad de vida en mujeres vulnerables. Rev Cubana Salud Pública. 2020; 45(3).
  47. Vinay K, Kapil R, Rajeshwar P, Pravesh J. Impact of school-based oral health education program on oral health of 12 and 15 years old school children. Journal of Education and Health Promotion. 2013; 2(1).
  48. Culler C, Kotelchuck M, Declercq E, Kuhlthau K, Jones K, Yoder K. A School-Based Dental Program Evaluation: Comparison to the Massachusetts Statewide Survey. J Sch Health. 2017; 87(10).

49. Gómez Corrales MF, Flores Chavez DL, Sihuay Torres. Estrategias para promover la salud oral en gestantes durante pandemia por COVID-19. ODONTOLOGÍA SANMARQUINA. 2020; 23(4).